

байламымен жақсы бітеседі. Ұрық түтікшесінің элементтері жарақатқа сезімтал болғандықтан, оның тері асты клетчаткасында орналасқаны дұрыс емес. Шап каналының артқы қабырғасының пластикасынан кейін ұрық түтікшесін шап каналының қайта жасалған артқы қабырғасына жатқызады, іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозына тігіс салады.

Негізгі сөздер: герниология, шап жарығы, шап жарығының артқы қабырғасының пластикасы.

Summary PLASTY OF A BACK WALL OF THE INGUINAL CHANNEL AT PATIENTS WITH HERNIAS

M.K. Kirpin
Semey State medical university

In summary it is necessary to notice, that all arrived patients have not been taped on the site by family doctors, were not on the dispensary account. Timely revealing at early stages of disease, allows to warn destruction and stratification of aponeurotic walls of the inguinal channel, especially back wall, the inguinal channel. Multilayered muscular and aponeurotic plasty of back wall of the inguinal channel at direct inguinal hernias, even recurrent and scrotal hernias with destruction of walls of the channel, allow realisation of a hernioplasty with contact of homogeneous tissues thanks to what there is a strong adnation to inguinal ligament. As, elements of spermatic cord are sensitive to a trauma and its locating in a hypodermic fat is inexpedient. The refore, after a plasty of a back wall of the inguinal channel, spermatic cord stack on again formed back wall of the inguinal channel, and top still a plasty duplication of aponeurosis external slanting muscle of abdomen and sutures on wound.

Key words: herniology, availability of hernia, herniotomy.

УДК 616-089.5:616-053.2

М.К. Сыздықбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин,
Д.М. Секербаев, К.Л. Исаков, В.Р. Кригер

Государственный медицинский университет города Семей,
Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Аннотация

Авторами проанализирован материал, посвященный актуальной проблеме атрезии новорожденных, эпидемиологии, анализу летальности, диагностике, транспортировке и организации помощи новорожденных с атрезией пищевода

Ключевые слова: атрезия пищевода, диагностика, оказание помощи.

Актуальность. В последние 10-15 лет достигнуты значительные успехи в лечении атрезии пищевода в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. Отмечается отчетливая тенденция к увеличению выживаемости новорожденных с атрезией пищевода, которая достигает 70-90 % [12, 14, 20, 31]. Наблюдается высокая частота сопутствующей патологии среди новорожденных с атрезией пищевода и составляет 2,7- на большого [4]. Наибольший удельный вес сопутствующих осложнений приходится на аспирационные пневмонии. На 7-10 больных с хирургической патологией у 1-2 больных развивается ДВС синдром или геморрагическая болезнь новорожденного. Отмечается рост тяжести инфекционно-воспалительных осложнений [7]. Летальность при септических осложнениях у новорожденных с хирургической патологией составляет от 70 %, до 95% [5].

В этой связи, научный интерес к вопросам интенсивного ведения в пред, интра- и послеоперационном периодах больных с атрезией пищевода не ослабевает. Эта проблема волнует как неонатологов [14, 20], так и хирургов [3, 10] и реаниматологов [11, 28].

Своевременная диагностика при атрезии пищевода сопутствующих заболеваний в настоящее время пред-

ставляет значительные трудности, что требует совершенствования и разработки новых методологических приемов [17].

К сожалению, отсутствуют объективные критерии оценки тяжести состояния детей с атрезией пищевода. Общепринятые критерии, такие как удовлетворительное состояние, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, достаточно условны и зависят от субъективной оценки врача [25]. Актуальной остается проблема оценки тяжести состояния в процессе транспортировки пациентов в специализированное отделение реанимации, поскольку это обстоятельство определяет уровень и объем интенсивной терапии на этапах медицинской эвакуации.

В силу анатомо-физиологических особенностей новорожденных клинические симптомы интоксикации при атрезии пищевода не имеют строгой специфичности. В клинике преобладают симптомы, в основе которых лежат нарушения гомеостаза, иммунологической и эндокринной систем. Наличие и особенность возбудителя сопутствующего заболевания (пневмонии) предполагает правомочность термина "синдром системного воспалительного ответа" (ССВО) при клинической характеристике осложненного течения атрезии пищевода у новорожденных. Улучшение результатов лечения атрезии пищевода привело к появлению новой проблемной си-

туации, связанной с развитием послеоперационных осложнений, ухудшающих качество жизни детей. Так, в структуре поздних послеоперационных осложнений с частотой до 70% наблюдается желудочно-пищеводный рефлюкс, сопровождающийся эзофагитом, хроническими рецидивирующими пневмониями, отставанием в физическом развитии [24, 27].

Сохраняется высокая частота развития несостоятельности эзофагоэзофагоанастомоза (5-16 %), послеоперационных стриктур анастомоза (40 %), рецидива трахеопищеводного свища (3-14 %), трахеомалации (10-20%), что является причиной повторных оперативных вмешательств [15, 29, 30].

Вместе с очевидными достижениями в детской хирургии меняется тактика лечения новорожденных с атрезией пищевода и концепция прогнозирования результатов лечения. За последние 40 лет произошли изменения в классификациях прогностических факторов, определяющих исход лечения новорожденных с атрезией пищевода. Предложенные прогностические классификации, основанные на учете массы тела при рождении, наличии или отсутствии пневмонии и сочетанных аномалий развития, зависимости от искусственной вентиляции легких и наличии сочетанных аномалий развития [32], массе тела и наличии или отсутствии врожденных пороков сердца, используются до настоящего времени и вызывают противоречивые суждения об их клинической эффективности [30].

В свою очередь, принятию правильных решений, может помочь применение специальных инструментов, в частности, - шкал оценки тяжести и прогнозирования исхода [1]. Оценка тяжести состояния больного с помощью балльной шкалы повышает объективность и может служить инструментом доказательной медицины [18].

Идеальная шкала оценки тяжести новорожденного должна отвечать следующим требованиям: быть простой, внушать доверие, использовать доступную информацию, содержать возможность включения дополнительной информации, быть независимой от диагностики и лечебных стилей, отражать тяжесть состояния, быть надежной и проверенной [29].

Существующие в настоящий момент шкалы тяжести состояния либо разрабатывались для взрослых пациентов и не учитывали физиологических и морфологических особенностей новорожденных, либо не содержали современных диагностических критериев, позволяющих наиболее точно оценить состояние ребенка [19].

Для усовершенствования перинатальной помощи, впервые в США в 1976 году, была впервые внедрена регионализация, выражающая необходимость организации всех родильных отделений региона вокруг одного учреждения (перинатального центра третьего уровня), где сосредоточены родильное отделение и службы хирургической помощи и интенсивной терапии для новорожденных.

Разработка и внедрение критериев оценки тяжести системного воспалительного ответа у новорожденных с атрезией пищевода с помощью диагностической таблицы, совершенствование способов интенсивной терапии и оперативной коррекции порока позволили снизить летальность при атрезии пищевода практически до 6,8% и исключить летальные исходы при создании искусственного пищевода у детей [8].

Лечение новорожденных детей с тяжелыми пороками развития остается искусством и в XXI веке. Важнейшим фактором, определяющим уровень оказания реанимационной помощи детям первых дней жизни, явля-

ется использование унифицированных протоколов диагностики и интенсивной терапии жизнеугрожающих состояний [16, 22, 23]. Кроме этого, обязательным условием успешного функционирования всей реанимационной службы региона является формирование единых стандартов для «диалога» между специалистами, оказывающими реанимационную помощь детям [2, 26].

Нерешенными по сей день остаются вопросы, касающиеся того, какие клинические критерии являются определяющими для оценки тяжести состояния новорожденных при инициации транспортировки, не определены наиболее оптимальные сроки транспортировки. Не определено безопасное время длительности транспортировки новорожденного, а также оптимального для транспортировки возраста новорожденного, которые являются самыми важными факторами, определяющими дальнейший исход и прогноз [9].

Оперативные вмешательства приводят к нарушению полостного пищеварения вследствие дисфункции желез панкреато-дуоденальной зоны. Компенсаторным механизмом, обеспечивающим гидролитические процессы в тонкой кишке в раннем послеоперационном периоде, является мембранное пищеварение. Эффективным мембранное пищеварение становится лишь при использовании предварительно частично гидролизованных нутриентов в виде смесей для энтерального питания [6]. Появление новых препаратов для энтерального питания расширило возможности врачебной помощи, в значительной степени повысило эффективность проводимых лечебных мероприятий. Адекватная ранняя нутритивная поддержка является на настоящем этапе развития медицины самым эффективным методом коррекции расстройств обмена веществ, характерных для синдрома гиперметаболизма. Современные питательные смеси, адаптированные согласно развившейся органной дисфункции, позволяют не только корригировать белково-энергетический дефицит, но и стабилизировать основные показатели гомеостаза на фоне органной несостоятельности [21]. Таким образом, нутритивная терапия стала неотъемлемой частью комплексного лечения больных с хирургическими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. СПб.: Сотис, 2007. - 160 с.
2. Александрович Ю.С. Роль реанимационно-консультационных центров в снижении младенческой смертности / Ю.С. Александрович, К.В. Пшениснов, Р.И. Череватенко, Е.В. Паршин, В.И. Гордеев // Анестезиология и реаниматология. 2009. - №1. - С. 48-51.
3. Баиров Г.А., Акмолаев Д.С., Попов А.К. Лечение атрезии пищевода у новорожденных с аноректальными пороками развития. Актуальные вопросы детской хирургии и педиатрии; Тез. докл. научн. практ. конф. детск. хир. БАССР. - Уфа, 1991. - С. 8-9.
4. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.А., Баиров В.Г. Основные пути развития хирургии новорожденных. // Советская педиатрия. / Под ред. М.Я. Студеникина. -М.; Медицина. 1988. - Вып. 5. - С. 5-18.
5. Белобородов В.Б. // Сепсис. Москва. - 2000 - 13с.
6. Бондаренко В.А., Вандер К.А. Мембранное пищеварение в раннем послеоперационном периоде при энтеральном зондовом питании. // Вестник хирургии. 1986. - Т. 137. - №12. - С. 39-43.

7. Дмитриев В.В. Нарушение системы гомеостаза при сепсисе у детей первого года жизни // Здравоохранение Белоруссии. - 1982 - №11. - С.19-22.
8. Завьялов А.Е. Коррекция синдрома системного воспалительного ответа на этапах хирургического лечения новорожденных с атрезией пищевода Автореф. дисс. докт.наук. – Новосибирск. – 2006.
9. Иванов Д.О., Евтюков Г.М. Интенсивная терапия и транспортировка новорожденных детей. – Практическое руководство. - 2009. «Человек» - 612 с.
10. Исаков Ю.Ф., Самсыгин С.А., Долгина Е.И. Иммунологическая характеристика новорожденных детей с сепсисом // Вестн. АМН СССР. - 1981. - №12. - С. 7-12.
11. Мешков М.В. с соавт. Применение нутритивной поддержки у недоношенных детей с хирургической патологией ЖКТ в условиях отделения интенсивной терапии. // Вестник НГУ. Том - 2, Выпуск - 3, 2004. - С.46.
12. Кожевников В.А. Новые подходы к хирургическому лечению атрезии пищевода у детей / В.А. Кожевников, Ю.В. Тен, А.К. Смирнов // Проблемы клинической медицины. - 2005. - № 4. - С. 59-63.
13. Красовская Т.В. 10-летний опыт лечения новорожденных эзофаго-эзофагоанастомозом / Т.В. Красовская, Н.В. Голоденко, О.Г. Мокрушипа // Детская хирургия. 2003. - № 6. - С. 5-8.
14. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н., Романова Л.А. и др. О сепсисе в хирургической клинике у новорожденных // Вестн. Хирургии.-1981.-Т.126.-№6.-С.109-112.
15. Красовская Т.В. Осложнения оперативного лечения атрезии пищевода / Т.В. Красовская, Ю.И. Кучеров, С.-Х.М. Батаев // Детская хирургия. -2001. № 3. - С. 44-46.
16. Левит А.И. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области в XXI веке. Проблемы решенные и нерешенные / А.И. Левит // Интенсивная Терапия. - 2005. - №1 - С. 10-13.
17. Лыткин М.И., Костюченко А.Л., Костин Э.Д. Возможности и реальности диагностики септического шока в хирургии// Вест. Хирургии. - 1982. - №2. - С.3-8.
18. Мельникова Н.И. Оценка тяжести состояния и методы коррекции нарушений у новорожденных детей с тяжелыми врожденными пороками развития: Автореф. дис. . докт. мед. наук / Н.И. Мельникова; М., 2007 - 38 с.
19. Мельникова Н.И. Оценка тяжести и интенсивной терапии новорожденных в отделении реанимации /Н.И. Мельникова, А.С. Долецкий, И.Ф. Острейков // Анестезиология и реаниматология. - 2004. - №1. - С. 8-12.
20. Немилова Т.К., Аринцина И.А., Баиров В.Г. Новый подход к лечению новорожденных с множественными пороками развития. Новые технологии в педиатрии: матер. Конгресса педиатров России. - М., 1995. - С. 162.
21. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Тамазашвили Т.Ш., и др. // Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — М. 2002. - 329 с.
22. Рубин А.Д. Проблемы кадрового обеспечения педиатрической службы в условиях Севера России / А.Д. Рубин, А.А. Наумова // Актуальные проблемы педиатрии /Сб. материалов XI конгресса педиатров России. - 2007. - С. 576.
23. Стародубов В. И. Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения / В. И. Стародубов // М., 2002. - С. 511.
24. Тен Ю.В. Реконструктивно-пластическая хирургия атрезии пищевода у детей: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - Барнаул, 2002. - 38 с.
25. Чернышев А.К., Острый эндотоксикоз у детей // 2-ой Российский конгресс - Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия, материалы. - М. - 2003. - С.52.
26. Шмаков А.Н. Критические состояния новорожденных (технология - дистанционного консультирования и эвакуации). // А.Н. Шмаков, В.Н. Кохно. - Новосибирск, - 2007. - 168 с.
27. Deurloo J.A. Esophagitis and Barrett esophagus after correction of esophageal atresia / J.A. Deurloo, S. Ekkelkamp, J. Taminiu // J. Pediatr. Surg. -2005.-Vol. 40, N8.-P. 1227-1231.
28. Harris M.C., Polin R.A. Neonatal septicemia // Pediatr. Clin. N. Amer. 1983.-Vol. 20, № 2.-P. 243-259.
29. Kovesi T. Long-term Complications of Congenital Esophageal Atresia and/or Tracheoesophageal Fistula / T. Kovesi, S. Rubin // Chest. 2004. - Vol. 126. -P. 915-925.
30. Lopez FA. ADHD: new pharmacological treatments on the horizon. J Dev Behav Pediatr. 2006 Oct; 27(5):410-6.

Тұжырым

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕДЕ ӨҢЕШТІҢ АТРЕЗИЯСЫ ДИАГНОЗЫН АНЫҚТАУ
ЖӘНЕ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КОРСЕТУ

М.К. Сыздыкбаев, И.Т. Тумарбаев, Р.Ч. Саламбаев, Б.А. Кенжин, Д.М. Секербаев, К.Л. Исаков, В.Р. Кригер
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Авторлар жана туған нәрестелерде кездесетін өнетің атрезиясың ерте анықтап, эпидемиологиясын және летальностьына талдау жасау, оларға көмек көрсетуді ұйымдастыруды өз тәжірибелерінен алған.

Негізгі сөздер: Өнештің атрезиясы, диагностикасы, алғашқы көмек корсету.

Summary

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND NEONATAL CARE WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

M.K. Syzdykbayev, I.T. Tumarbayev, R.Ch. Salambaev, B.A. Kenzhin, D.M. Sekerbayev, K.L. Iskakov, V.R. Kriger
Semey State Medical University

Medical Center State Medical University of Semey

The authors analyzed data on the actual problems atresia infants, epidemiology, mortality analysis, diagnosis, transport and relief infants with esophageal atresia.

Key words: esophageal atresia, diagnosis, care.